

日本リウマチ学会

リウマチ医が知っておきたい 社会保険・福祉制度、 在宅医療の**基礎知識**

編集／一般社団法人 日本リウマチ学会

編集協力／厚生労働科学研究費補助金（免疫・アレルギー疾患政策研究事業）

「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」研究班

編 著／一般社団法人 日本リウマチ学会 関節リウマチ患者支援小委員会

協 力／公益社団法人 日本リウマチ友の会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

公益社団法人 日本社会福祉士会

Contents

Q1	高齢者施設の種類による医療提供の違いは何か?	3
Q2	知っておくべき社会保険・社会福祉制度は何か?	4
Q3	介護保険制度について知っておくべきことは何か?	5
Q4	関節リウマチ患者の主治医意見書を書く際のコツは何か?	6
Q5	障害年金制度について知っておくべきことは何か?	7
Q6	身体障害者手帳について知っておくべきことは何か?	7
Q7	高額療養費制度について知っておくべきことは何か?	8
Q8	障害者就労支援について知っておくべきことは何か?	9
Q9	在宅医療について知っておくべきことは何か?	10
Column 1	高齢 RA 患者が医師に望むこと	5
Column 2	介護支援専門員が医師に望むこと	9
Column 3	社会福祉士が医師に望むこと	9

※本冊子の一部箇所では、日本リウマチ学会が作成し、インターネット上で無料公開している「日本リウマチ学会 メディカルスタッフのための ライフステージに応じた関節リウマチ患者支援ガイド 2025改訂版」(患者支援ガイド)を参照しています。
該当箇所には二次元コードを付けました。本冊子と合わせてご覧ください。



患者支援ガイド(全文)

1

高齢者施設の種類による医療提供の違いは何か？

高齢者施設への入所や入居を検討する際、各施設の特徴を理解しておくことが重要である（表）。

施設を選ぶ際に悩ましいのは、介護老人保健施設や介護医療院への入所時に高額薬剤の使用が制限される点であり、その理由は以下の通りである。

- ・両施設での投薬、注射、検査、処置費用は介護保険で給付され、施設のサービス費に包括される。
- ・サービス費の総額は介護度により上限があるため、薬剤に割ける費用は限られている。
- ・介護保険施設では高額療養費制度が適用されない。

・施設の性質上、高度な医療処置やモニタリング、薬剤管理が難しい場合が多い。

以上のことから、現行の制度上では、これらの施設入所時の薬剤調整はやむを得ない状況である。

一方、介護老人福祉施設およびその他の高齢者施設では訪問診療が可能であり、医療保険による給付となるため高額な薬剤も処方できる。生物学的製剤や骨粗鬆症治療薬などの注射剤についても、施設内もしくは訪問看護師による実施が可能であり、入所前の治療を継続できることが多い。

表 高齢者施設における医療提供体制の違い（大まかな目安として）

高齢者施設	施設の位置付け	役割	入居条件		職員配置義務			在宅医療		薬剤費の保険給付	備考
			要支援	要介護	医師	看護師	薬剤師	訪問診療	訪問看護		
介護保険施設	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	介護	－	3～5	△ (非常勤可)	○ (日勤)	×	○	○	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難 薬剤師が訪問し管理
	介護老人保健施設（老人保健施設）	介護	－	1～5	○ (24hr)	○ (24hr)	○	×	×	介護保険	薬剤費の制限あり（抗がん薬、抗ウイルス薬、麻薬などの一部の薬剤は医療保険による給付が可能）
	介護医療院	介護	－	1～5	○ (24hr)	○ (24hr)	○	×	×	介護保険	
それ以外	特定施設（介護付有料老人ホーム等）	介護	1～2	1～5	×	○ (日勤)	×	○	△*	医療保険	夜間に看護的処置が必要な方は入所困難 *特別訪問看護指示書が必要
	グループホーム（認知症対応型）	住まい	2のみ	1～5	×	×	×	○	○	医療保険	
	グループホーム（障害者向け）	住まい	備考参照**		×	×	×	○	○	医療保険	**身体障害者手帳、精神障害者保険福祉手帳、療育手帳のいずれかの取得者
	サービス付き高齢者向け住宅	住まい（一部介護）	要支援、要介護認定者は介護保険サービスを利用することもある		×	×	×	○	○	医療保険	一般型と介護型（特定施設）がある #特定施設は義務
	軽費老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×	×	○	○	医療保険	在宅介護対応型軽費老人ホームは「ケアハウス」と呼ばれる
	有料老人ホーム	住まい（一部介護）			×	×	×	○	○	医療保険	介護付き有料老人ホームは特定施設
養護老人ホーム	住まい（一部介護）	×			×	×	○	○	医療保険	条件を満たせば特定施設	

#特定施設：厚生労働省が定めた基準を満たし、都道府県や市区町村から指定を受けた施設

2

知っておくべき社会保険・社会福祉制度は何か？

主な社会保険・社会福祉制度は表に示すとおりである。多く利用されている制度は介護保険（Q3参照）、身体障害者手帳（Q6参照）、高額療養費制度（Q7参照）、指定難病患者への医療費助成制度である。指定難病は悪性関節リウマチ（MRA）と若年性特発性関節炎（JIA）が対象となり、重症度分類に照らして病状の程度が一定程度以上あるいは軽症高額該当の場合に医療費助成が受けられる。指定難病の申請に必要な「臨床調査個人票」を作成できるのは「難病指定医」に限られる。指定難病の詳細は「難病情報センター」◆資料2-1を参照。

こうした支援や制度を利用するには、ほとんどの場合、患者自身が申請を行う必要があるため、制度の種類や相談窓口を知っておくことが大切である◆資料2-2。

◆資料2-1
難病情報センター



◆資料2-2
患者が利用できるサービス・支援制度（患者支援ガイドp.111）



表 主な社会保険・社会福祉制度（2025年3月現在）

	制度やサービス	内容	問い合わせ・相談窓口
医療	高額介護合算療養費制度	医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日～翌年7月31日まで）の医療保険と介護保険の自己負担の合算額が高額であった場合に、自己負担額が軽減される	加入健康保険の保険者
	指定難病患者への医療費助成制度	「指定難病」と診断され、「重症度分類等」に照らして病状の程度が一定程度以上の場合に、その治療にかかる医療費などの一部が助成される（MRA, JIA）	都道府県保健所（指定都市、中核市は市保健所）
	小児慢性特定疾病医療費助成	小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、医療費の自己負担分の一部が助成される（JIA）	都道府県保健所（指定都市、中核市は市保健所）
所得保障	障害基礎年金	国民年金法による障害の程度に応じて障害基礎年金の1級または2級の認定を受けたとき年金が支給される	市区町村国民年金係、ねんきんダイヤル、年金事務所
	障害厚生年金・障害手当金	厚生年金保険加入中に初診日のある病気やけがにより、障害が残ったときに支給される。軽い障害が残ったときは、障害手当金（一時金）を受け取ることができる場合がある	ねんきんダイヤル、年金事務所
	傷病手当	療養のため仕事を休んだ日から連続して3日間（待期）の後、4日目以降の仕事に就けなかった日に対して標準報酬月額の前月の3分の2が支給される	加入健康保険の保険者
日常生活	補装具の交付・修理	障害者総合支援法による支援サービス。補装具の購入や修理・借受けが可能となる。身体障害者手帳を取得しているか、MRA等の難病患者が対象	市区町村担当窓口
	日常生活用具の給付		市区町村担当窓口
	車いすの貸出	介護保険法による借受けができない者や介護保険申請中の者、病気やケガなどで、一時的に車いすが必要となった者へ車いすの貸出を行っている	各地域の社会福祉協議会、ボランティアセンター、地域サポートセンターなど
その他	医療費控除	1年間（1月1日～12月31日）に支払った医療費が10万円あるいは総所得金額等の5%の金額を超えている場合、所得が控除され、所得税、住民税などが軽減される	最寄りの税務署
	障害者の希望を踏まえた結婚、出産、子育てに係る支援	障害者総合支援法により障害者の希望を踏まえた結婚、出産、子育てに係る支援を受けることができる	市区町村担当窓口

3

介護保険制度について知っておくべきことは何か？

1. 介護保険制度のサービスは誰が受けることができるのか？

介護保険は40歳以上の国民が被保険者（加入者）となって保険料を納め、介護が必要になったときに介護サービスを利用できる制度である。

被保険者	65歳以上の方 (第1号被保険者)	40～64歳までの方 (第2号被保険者)
サービスを利用できる被保険者	介護や支援が必要と認定された人	加齢に伴う特定疾病が原因となって、介護や支援が必要と認定された人 *加齢に伴う特定疾患には、RAのほか、骨折を伴う骨粗鬆症、糖尿病性神経障害、腎症および網膜症なども含まれる

2. 介護保険制度のサービスにはどのようなものがあるか？

要介護1～5：介護サービス（介護給付）

通所介護（デイサービス）：食事、入浴などの日常生活上の支援や生活能力向上のための日帰りでの支援

通所リハビリテーション（デイケア）：病気や怪我などで身体機能が低下した要介護の利用者にリハビリテーションを施し、機能の維持回復を図るサービス

訪問介護：ホームヘルパーが居宅を訪問し、入浴、排泄、食事などの身体介護や本人に関わる調理、洗濯などの生活援助を行う。通院などを目的とした介護タクシーも利用できる

訪問リハビリテーション：理学療法士や作業療法士などが訪問サービスを提供するリハビリテーションのことである。要支援者も自宅で介護予防訪問リハビリテーションを受けることができる

*要支援1・2（予防給付）でも介護予防サービス、予防通所事業、介護予防リハビリテーション、予防訪問事業、介護予防訪問リハビリテーションなどを受けることが可能である

3. 要介護度によって保険給付の上限は違うか？ 自己負担はあるか？

介護保険は認定の度合いにより、給付額の上限（区分支給限度基準額）が定められている。この基準内であれば、利用者は自由にサービスを組み合わせて利用ができる。区分支給限度基準額内でサービスを利用した場合、利用者の本人負担割合は1割（所得により2～3割）であるが、基準額を超えた金額は全て自己負担となる。

4. 介護保険と医療保険のリハビリテーションは何が違うか？

主に急性期および回復期には医療保険、維持期には介護保険のリハビリテーションとなる。

5. 訪問看護について

訪問看護は看護師や保健師などが利用者の自宅を訪問して医師の指示のもとに療養上の世話や医療処置、診療の補助を行うことである。主治医の訪問看護指示書が必要で、有効期限は1～6か月。症状が悪化したときには特別訪問看護指示書が交付され2週間に限り毎日訪問看護を受けることができ、その費用は医療保険の対象となる。

参考文献

・「図解入門ビギナーズ 最新介護保険の基本と仕組みがよ～くわかる本第9版」（高室成幸/監，ケアマネジメント研究フォーラム/著），秀和システム，2024

Column 1 高齢RA患者が医師に望むこと

高齢になると、健康であった方も関節の痛みなどの主訴が出てきます。その痛みはリウマチの痛みなのか他の原因の痛みなのか、心配になります。また、リウマチ以外の病気にも罹患

すると、リウマチとの兼ね合いや先々の暮らしに不安が生じてきます。医師から、本人・家族が納得できる説明を受け、家族、医療者・介護・福祉職の方々との共有が必要となります。

複数の薬の自己管理が困難となったときは薬局で薬を一包にしてくれます。一部変更になった場合、前回のものと間違えることもありますし、ほかの薬が無駄になることもあります。

要介護認定は、心身の状況に関する調査（認定調査）と、主治医意見書に記載された疾患の状態や生活機能に基づく一次判定結果を原案とし、介護の手に係る審査・判定を行う。さらに、認定調査票の特記事項や主治医意見書の医学的意見などが考慮され、必要に応じて結果が変更される¹⁾。

『2020年リウマチ白書』では、介護保険制度の認定度への患者の満足度が35.1%と低く、要介護認定が必ずしも疾患の特性を反映していないという意見もある²⁾。また、リウマチ医、介護職、福祉職への調査でも各々約46%、58%、53%の人が「実状より介護度認定が低いことがある」と回答している³⁾。以上より、主治医意見書では、患者の実状と要介護度の差を埋めるような記載が望まれる。

主治医意見書は以下の用途に利用されるため、評価の根拠を具体的に記載する必要がある¹⁾。

1. 第2号被保険者では、生活機能低下の直接原因となる疾病が特定疾病に該当することの確認
2. 介護の手の程度の確認
3. 状態の維持・改善の可能性の評価
4. 認定調査による調査結果の確認や修正
5. 介護サービス計画作成時の利用

「傷病に関する意見」では、介護の必要性につながる状況を具体的に記載する。「症状としての安定性」については、全般的な疾患活動性に加え、朝のこわばりや

症状の日内変動の影響なども考慮して判断する。「生活機能」は、身体・精神に関する心身機能、日常生活/社会生活全般の活動、家庭・社会への参加の全てを包括的にとらえるものである¹⁾。

「心身の状態に関する意見」の「日常生活の自立度等について（寝たきり度）」には、移動能力の評価のみならず、本来、食事、排泄、着替えの自立度が含まれるが、表記のみではわかりにくい。RAで問題となるような手指を含む上肢機能障害については、「身体の状態」で関節および付随する筋力の状態を記載するとともに、「その他特記すべき事項」に日常生活動作の問題を具体的に記載する工夫が必要である（表）◆資料4。

参考文献

- 1) 厚生労働省：要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について、老老発0816第1号、令和3年8月16日。https://www.mhlw.go.jp/content/000819403.pdf
- 2) 『2020年リウマチ白書』（公益社団法人日本リウマチ友の会/編）、2020
- 3) 厚生労働省、厚生労働科学研究費補助金 免疫・アレルギー疾患政策研究事業「介護・福祉・在宅医療現場における関節リウマチ患者支援に関する研究」令和6年度 分担研究報告書



◆資料4

介護保険主治医意見書記載時の留意点

表 関節リウマチにおける主治医意見書記載時の留意点

傷病に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・特定疾病および生活機能低下の直接原因となる疾病から優先して上位に記入。関節リウマチは「1.」に記入することが想定される ・40歳以上65歳未満の第2号被保険者では、特定疾病である関節リウマチの診断根拠を記載する ・介護の必要性につながる状況を具体的に記載する。疾患に起因し生活機能低下につながる問題や、投薬に際して服薬管理や見守りの状況など <p>(朝のこわばりや症状の日内変動の影響などについても留意する)</p>
心身の状態に関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・問題となる関節、筋力低下の部位と程度を正確に記載する
生活機能とサービスに関する意見	<ul style="list-style-type: none"> ・「その他特記すべき事項」には、生活機能の具体的な問題事例を記載する。特に上肢機能障害に起因する生活機能の記載は必要である ・生活環境、栄養、リハビリテーションの目標など、評価根拠となる情報や、介護サービスを行う際の医学的観点からの留意事項や禁忌などを記載する

5

障害年金制度について知っておくべきことは何か？

65歳未満で関節変形による機能障害を認めるRA患者では、国民年金加入者は障害基礎年金を、厚生年金加入者の場合は加えて障害厚生年金を受給できる可能性がある。障害年金は障害等級表により認定され、認定基準は身体障害者手帳と異なる。また、身体障害者手帳を取得しなくても障害年金の受給は可能である。障害基礎年金は障害等級1, 2級, 障害厚生年金は1, 2, 3級, 障害厚生年金では3級よりも軽い障害でも一時金として障害手当金が支給される。障害等級1級の目安は、他人の介助を受けなければ日常生活のことがほとんどできないほどの状態で、入院や在宅介護を必要とし、活動の範囲がベッドの周辺に限られるような場合、2級は日常生活がきわめて困難で、労働によって収入を得ることができないほどの状態で活動の範囲が病院内・家屋内に限られるような場合とされている。**表**にRAに関連する障害等級例を示す。

障害年金の申請書類作成に医師の特別な資格要件はない。障害年金の申請には、障害認定日（初診日から1年6か月後）の診断書と現在の診断書の2通を求められることがある ◆資料5。

表 障害基礎年金, 障害厚生年金の対象者と認定要件例

障害等級	国民年金加入者	厚生年金加入者	認定要件例
1級	障害基礎年金	障害基礎年金 +	著しい機能障害を以下に認める ・両上肢あるいは両下肢 ・両側すべての手指
2級		障害厚生年金	
3級	—	障害厚生年金	関節の用を廃したものを以下に認める ・片側の上肢の大関節で2関節 ・片側の下肢の大関節で2関節 ・片側の母指, 示指を含めた4手指 ・両足趾すべて
3級より軽い障害	—	障害手当金一時金	著しい機能障害を以下に認める ・1上肢の大関節で2関節 ・1下肢の大関節で1関節 関節の用を廃したものを以下に認める ・片側3手指以上, 示指を含めた2手指, あるいは母指, 片側の全ての足趾

障害等級例詳細は日本年金機構ホームページの障害等級表を参照



◆資料5

障害年金の診断書作成時の留意点

6

身体障害者手帳について知っておくべきことは何か？

身体障害者手帳は、身体に一定の障害がある患者が医療費助成や生活支援を受けるために必要な証明書である。RAによる機能障害は身体障害者福祉法に基づき、肢体不自由として1級から6級に分類される。申請には「障害の固定」（一般的には6か月程度）が重要であり、治療により病勢が安定しても関節の変形や可動域制限が残存する場合に該当する。なお、人工骨頭もしくは人工関節置換術を実施した場合、術後の経過が安定した時期の関節可動域や筋力テストの結果に応じて評価がなされる点に注意する。

障害等級は、身体障害者福祉法第15条に基づく指定医（原則5年以上の臨床経験を有し、身体障害者の福祉に理解を有する者。都道府県もしくは政令指定都市に申請し指定を受けた医師）が記載した診断書 ◆資料6-1 に

基づいて判定される。申請は市区町村の福祉窓口で行い、診断書には障害の程度や日常生活への影響を具体的に記載する必要がある。多くの自治体で医療費負担の軽減や訪問看護、補装具の支給や住宅改修費の助成、公共交通機関の割引、税金の免除などが受けられるが、等級による支援内容は自治体により異なるため確認が必要である ◆資料6-2。身体障害者手帳は福祉制度であり、障害年金とは異なり保険料納付要件は不要である。

◆資料6-1

身体障害者診断書・意見書
（肢体不自由）記載時の留意点



◆資料6-2

身体障害者手帳で受けられるサービス
（患者支援ガイドp.112～113）



7

高額療養費制度について知っておくべきことは何か？

1. 高額療養費制度

1か月（同月内）に支払った医療費が高額となった場合、所得や年齢に応じた自己負担限度額（限度額）を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1。詳細は厚生労働省ウェブサイト◆資料7-2を参照。

①世帯合算

1つの医療機関等（院外処方に基づく保険薬局での医療費は処方元の医療機関に含まれる）での自己負担では限度額を超えないときでも、同じ月の別の医療機関等での医療費や世帯内（同一保険の被保険者と被扶養者の関係、同居非同居は問わない）の他の者の医療費について合算することができる。ただし、69歳以下（70歳になる誕生日まで）の場合は、1医療機関あたり一定の金額以上の医療費のみ合算される。同じ医療機関でも、入院と外来、内科と歯科は別に計算する。申請期限は、診療を受けた翌月初日から2年以内となる。

②多数該当

初めて限度額を超えてから12か月以内に3回限度額を超えた場合には、4回目以降は多数該当となり、自己負担額がさらに軽減される。これは、保険者が同一であれば、翌年も継続され、収入の増減により適用区分が変更となっても多数該当は継続される。

③限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）

あらかじめ手続きをすることにより、医療費の窓口負担が①の限度額までとなる制度である。69歳以下の全員、70歳以上の住民税非課税の者、現役並みの収入の者が対象で、申請は加入医療保険の窓口となる。

④付加給付

加入の健康保険組合によっては、組合独自の「付加給付」として、①の共通の額よりも低い負担の上限額を設定している場合がある。付加給付の金額、申請方法などは加入の健康保険組合の窓口となる。

2. 高額介護合算療養費制度

高額療養費制度のような月単位での負担軽減があっても、年単位としては重い負担が残る場合に負担を軽減する制度である。

医療保険の世帯内で、医療保険と介護保険における1年間（毎年8月1日から翌年7月31日まで）の自己負担の合算額が高額であった場合、所得や年齢に応じた限度額を超えた額の払い戻しを受けることができる◆資料7-1。申請をすることにより、介護保険に係る部分は「高額医療合算介護サービス費」として、医療保険に係る部分は「高額介護合算療養費」として負担額の一部が払い戻される。

◆資料7-1

高額な医療費に対する支援制度
（患者支援ガイドp.114～117）



◆資料7-2

厚生労働省：高額療養費制度を
利用される皆さまへ



8

障害者就労支援について知っておくべきことは何か？

「障害者総合支援法」には以下に示す就労関連支援事業がある。対象者は身体障害者手帳所持者、もしくは対象となる疾患の患者でRAも含まれる。支援が必要な場合は、市町村や保健所の担当窓口、障害者相談支援事業所などのソーシャルワーカーなどに相談する。

- ①**就労移行支援**：一般企業への就労希望者に、一定期間、就労に必要な知識および能力向上のために必要な訓練を行う。就職活動準備や企業見学支援など。
 - ②**就労継続支援**：一般企業などでの就労困難者に、働く場を提供するとともに、知識および能力向上のために必要な訓練を行う。
 - ③**就労定着支援**：一般就労移行者に、就労に伴う生活面の課題に対応するための支援を行う。例えば、就労後の体調不良などに関して、企業や関係機関との連絡調整や課題解決に向けた支援など。
- また、障害者である患者が就職先を考える際、障害

を開示すべきか、障害者枠での応募を考えるべきか、などで悩む場合がある。障害の開示/非開示にはいずれもメリット/デメリットがあるので注意する◆資料8。「障害者枠」への応募には障害者手帳の所持が必要となるが、「一般枠」への応募時には障害の開示は必須ではない。

障害者就労の相談先には、ハローワーク（「難病患者就職サポーター」を配置）や全国に設置された障害者就業・生活支援センターなどがある。



◆資料8

障害の開示/非開示にするメリット/デメリット
(患者支援ガイドp.124～125)

Column 2 介護支援専門員が医師に望むこと

在宅における介護支援専門員は、利用者および家族などに健康状態やご希望の生活に合わせて、生活課題を明確化して、ケアプランを作成・実行し、自立した生活を支援します。利用

者の心身状態を明らかにし、解決しなければならない生活課題と支援の方針を導くためには、リウマチ患者さんの主治医意見書などの医療情報が不可欠です。これらの情報は、健康状態や生

活機能低下の原因を把握するうえで重要であり、在宅生活を継続していくにあたっては、治療内容などの情報共有と医療機関との連携を期待しています。

Column 3 社会福祉士が医師に望むこと

リウマチとは経過が長く辛い病気というイメージがありました。今回、研究班で一緒にさせていただき過程で、画期的な新薬や目を見張る治療法のこと、先生方が私たち福祉職との連携を

重んじてくださることを知りました。

私たち社会福祉士は、患者さんの日常生活における不具合を見つけ、生活環境を整える役割を担っています。医師が施す治療に患者さんが適切に

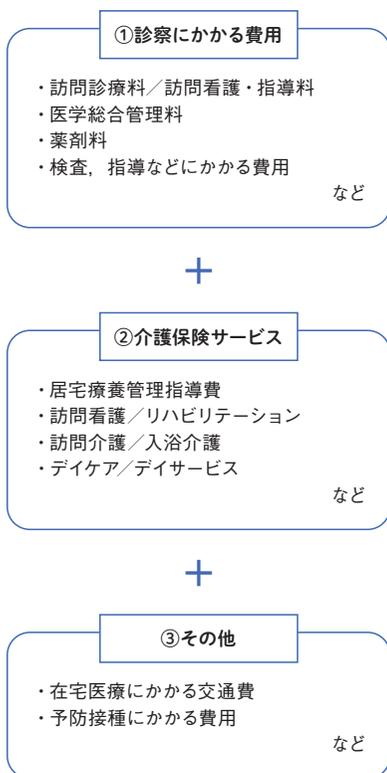
向き合えるためには、在宅での暮らしづくりを十分に把握する必要があります。その際には是非お声がけください。先生方のお手伝いをさせていただきます。

在宅医療とは？

自宅や高齢者施設（Q1-表参照）に訪問して診療や治療、処置などを行うもので、医師による訪問診療や往診、看護師による訪問看護、理学/作業療法士による訪問リハビリテーションなどが含まれる。

訪問診療の頻度は通常月に2回（1～4回）、訪問看護や訪問リハビリテーションは患者の状態と介護保険の利用状況などから決定される（通常週1～2回）。しかし、傷の処置などで看護師の頻回訪問が必要な場合は、医療保険適用とはなるが、訪問診療医による特別指示書により訪問可能となる。在宅診療移行後も医療機関への通院は可能であり、例えば年に1～2回リウマチ専門医を受診するなど可能である。

☒ 在宅医療にかかる費用



在宅医療にかかる費用と患者負担

在宅医療にかかる費用を☒に示す。薬剤費や血液検査費用は都度請求できるため、在宅診療においても生物学的製剤やJAK阻害薬をはじめとする高額薬剤は必要に応じて使用可能である。

在宅医療は介護保険や加入の医療保険を利用することができ、原則として1～3割が自己負担となる。自己負担額が高額になった場合の軽減措置として、介護サービスの利用者負担の合計額（同一世帯内に複数の利用者がある場合にはその合算）に応じた「高額介護サービス費」（表1）、医療保険と介護保険の自己負担額の合算に応じた「高額医療・高額介護合算療養費制度」などが設けられている（表2）。

表1 高額介護サービス費

区分	限度額（月額）
課税所得 690 万円以上（年収約 1,160 万円以上）	140,100 円（世帯）
課税所得 380 ～ 690 万円（年収約 770 ～ 1,160 万円）	93,000 円（世帯）
住民税課税者あり、課税所得 380 万円（年収約 770 万円）未満	44,400 円（世帯）
世帯全員が住民税非課税	24,600 円（世帯）
うち前年の年金収入＋その他の合計所得が 80 万円以下	15,000 円（個人）
生活保護受給者	15,000 円（個人）

表2 高額医療・高額介護合算療養費制度

70 歳未満の世帯	
所得要件（8 月 1 日～翌 7 月 31 日）	限度額（年額）
901 万円超	212 万円
600 万円超 901 万円以下	141 万円
210 万円超 600 万円以下	67 万円
210 万円以下	60 万円
住民税非課税世帯	34 万円
70 ～ 74 歳の世帯・75 歳以上の世帯	
所得要件（8 月 1 日～翌 7 月 31 日）	限度額（年額）
課税所得 690 万円以上	212 万円
課税所得 380 万円以上 690 万円以下	141 万円
課税所得 145 万円以上 380 万円以下	67 万円
課税所得 145 万円未満	56 万円
住民税非課税世帯	31 万円
住民税非課税世帯（世帯所得 0 円）	19 万円

在宅医療への移行を考えた際に考慮すること

①全身評価

在宅移行後はさまざまな検査のハードルが上がる。機器を用いた検査は改めて受診が必要となるため、骨密度や各種画像検査なども含め、必要に応じて移行前に全身評価を行っておくことが望ましい。また、関節機能やADLなども再評価し、装具や自助具の作製なども検討する。

②治療薬の整理

前述のとおり生物学的製剤やJAK阻害薬なども使用可能なため、必要な治療であれば継続が望ましい。しかし、現在の疾患活動性、在宅移行後の薬剤管理、アドヒアランス、家庭環境（独居、老々介護）、介護サービス（訪問薬局や服薬介助）の利用予定、在宅診療主治医のRA治療に対する親和性などを総合的に考慮し、移行前に治療薬を見直しておくことも重要である。管理面から内服回数を最小限（できれば1朝食後）にまとめられないか、安全面から規定通り内服できそうか（グルココルチコイド連日やメトトレキサート週1回など）、などを検討する。場合によっては注射剤に変更し、医師や看護師が訪問した際に投与する方が安全かつ確実な薬剤もあるため、投与経路についても検討する。

“リハビリテーション”内容の違いについて

在宅患者に実施されるリハビリテーションは、利用するサービスの違いにより内容も異なるため、十分理解しておく必要がある（表3）。

RA患者における在宅医療のメリット/デメリット

- ・ **メリット**：独居や老々介護増加のなか、本人および家人にとって通院負担の軽減は大きく、24時間対応（原則）で多職種の支援を受けられる安心感もある。外出に伴う感染リスクも低減でき、各種ワクチンも自宅で接種可能。
- ・ **デメリット**：リウマチ診療に精通した在宅医療スタッフが少ないため、専門的な対応は期待し難く、薬剤の副作用や合併症への対応も懸念される。そのため、診療情報提供書には患者の状態や治療内容に応じた留意点をより具体的に記載しておく。

在宅医療にかかわる介護・福祉スタッフとの連携

介護支援専門員、訪問介護員、社会福祉士などとの連携も重要であるが、RA患者への対応に不慣れな場合が多い。指示書作成時などにも専門用語を控え、平易な表現を用いるよう心がける。

表3 在宅医療におけるリハビリテーション

サービス	訪問リハビリテーション	訪問看護のリハビリテーション	デイケア（通所リハビリテーション）	デイサービス（通所介護）
概要	自宅でリハビリ専門職による訓練を受け、ADL向上や自立生活維持を目指す	訪問看護ステーションに所属するリハビリ専門職により提供されるサービス	通所し、リハビリ専門職の指導のもとで身体機能の改善や維持を図る	日常生活支援やレクリエーション活動に加え、簡易的なリハビリを実施することあり（※）
提供場所	利用者の自宅	利用者の自宅	デイケアセンターや病院併設施設	デイサービス施設
提供者	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	介護福祉士、看護師（リハビリ専門職がいる場合もある）
対象者	自宅での生活動作に支障がある方、自力で外出が困難な方	病状の管理が必要で医療ケアを求める方	比較的軽度で通所が可能な方、リハビリが必要と判断された方	自立生活支援が必要な高齢者や軽度の介護が必要な方
補足	病院・診療所、介護老人保健施設、介護医療院が運営	訪問看護ステーションが運営、制度上「訪問リハビリテーション」とは区別される	医師が常駐している	※リハビリ専門職によるリハビリに特化した「リハビリ特化型デイサービス」もある

